

THÈSE

24

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

MARRE Philippe - Lucien - Victor

Né le 13 Mars 1907, à Paris

Interne des Hôpitaux de Paris

Les Sigmoidites chroniques occlusives pseudo-cancéreuses

Président : M. GRÉGOIRE

Professeur de Clinique Chirurgicale

à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine

Chez Victor DEGRANGE

91, rue de Seine

PARIS (6°)

1938

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)
PAR

MARRE Philippe - Lucien - Victor

Né le 13 Mars 1907, à Paris

Interne des Hôpitaux de Paris

**Les Sigmoidites chroniques
occlusives
pseudo-cancéreuses**

Président : M. GRÉGOIRE

*Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine*

Chez Victor DEGRANGE
91, rue de Seine
PARIS (6°)

1938

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	OLONOWSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale, orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologique	LAUBRY.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	LAROCHE (Guy).	Pathologie médicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
BERNARD (Et.).	Pathologie médicale.	LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
BESANÇON (J.) .	Hydrologie.	LÉVY (Mlle J.).	Pharmacologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	LÉVY-VALENSI .	Neurologie et Psychiâtrie.
BULLIARD	Histologie.		
CATHALA	Pathologie médicale.	MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MOREAU	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.	MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
FEY	Urologie.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
FUNK	Pathologie chirurgicale.	OBERLING	Anatomie pathologique.
GALLIARD	Parasitologie.	PETIT-DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
GASTINEL	Bactériologie.		
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.	PIÉDELIEVRE ..	Médecine légale.
GAYET	Physiologie.	PORTES	Obstétrique.
DE GENNES	Pathologie médicale.	RENARD	Ophthalmologie.
GIROUD	Histologie.	RICHET	Physiologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	SANNIÉ	Chimie biologique.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.	SÉNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
HAZARD	Pharmacologie.	TROISIER	Pathologie expérimentale.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.		
JOANNON	Hygiène.	TURPIN	Pathologie médicale.
LACOMME	Obstétrique.	VIGNES	Obstétrique.
LANTUÉJOL ..	Obstétrique.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS ...	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.	LEROUX	Anatomie pathologique.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	PHILIBERT	Bactériologie.
		VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE ..
AUBERTIN
BRULÉ
CHABROL
CHIRAY
DONZELOT
DUVOIR
LIAN
PASTEUR - VAL-
LERY-RADOT .
SÉZARY

Clinique médicale.

MM.

BASSET
BROCQ
CADENAT
GATELLIER ..
HEITZ-BOYER ..
MOURE
QUENU
SCHWARTZ
VELTER

Clinique chirurgicale.

MM.

ECALLE
LE LORIER
LÉVY-SOLAL ...
METZGER

Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLET-BERT, agrégé ..	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PÈRE

A MA BELLE-MÈRE

A M. LE PROFESSEUR R. GRÉGOIRE

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté
de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine

Qui fut mon premier « patron » et me fit l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse ; en témoignage de respectueux attachement.

A M. LE DOCTEUR L. HOUDARD
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

*Qui m'a inspiré ce travail,
hommage de reconnaissance pour
la sympathie qu'il m'a témoignée
pendant le temps trop court passé
dans son service.*

A M. LE DOCTEUR M. HAMBURGER
Médecin des Hôpitaux de Paris

*En reconnaissance de sa con-
tribution à ce travail.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

- 1926 — MONSIEUR LE PROFESSEUR F. BEZANÇON, hôpital Saint-Antoine.
1927 — MONSIEUR LE PROFESSEUR F. LEJARS (*in memoriam*), hôpital Saint-Antoine.
— MONSIEUR LE PROFESSEUR J. SICARD (*in memoriam*), hôpital Necker.

Externat

- 1928 — MONSIEUR LE PROFESSEUR GRÉGOIRE, hôpital Tenon.
1929 — MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LARDENNOIS, hospice des Ménages.
1930 — MONSIEUR LE PROFESSEUR M. LOEPER, hôpital de la Pitié.

Internat provisoire

- 1931 — MONSIEUR LE DOCTEUR M. HAMBURGER, hôpital Lariboisière.
1932 — MONSIEUR LE DOCTEUR R. TOUPET, hospice de Bicêtre.
1933 — MONSIEUR LE DOCTEUR LEVESQUE, hôpital Bretonneau.

Internat

- 1934 — MONSIEUR LE DOCTEUR R. TOUPET, hospice de Bicêtre.
— MONSIEUR LE DOCTEUR SORREL, hôpital Trousseau.
— MONSIEUR LE DOCTEUR MADIER, hôpital vieux Beaujon.
- 1935 — MONSIEUR LE DOCTEUR BOPPE, hôpital Saint-Louis.
— MONSIEUR LE DOCTEUR G. PICOT, hôpital Saint-Louis.
- 1936 — MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LARDENNOIS, hôpital Laënnec.
— MONSIEUR LE DOCTEUR L. HOUDARD, hôpital Lariboisière.
- 1937 — MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE, hôpital Lariboisière.
— MONSIEUR LE DOCTEUR SAUVÉ, hôpital Lariboisière.

A MES MAÎTRES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR G. MARION

Professeur de clinique urologique
à la Faculté de Médecine de Paris

A MONSIEUR LE PROFESSEUR L. HÉDON

Professeur de physiologie
à la Faculté de Médecine de Montpellier

A MESSIEURS LES DOCTEURS A. LÉMAIRE, R. MOREAU

Médecins des Hôpitaux de Paris

A MESSIEURS LES DOCTEURS

AUROSSEAU, GÉRARD-MARCHANT, MAURER
A. SICARD, WELTI

Chirurgiens des Hôpitaux de Paris

A MESSIEURS LES DOCTEURS J. RAVINA, SEGUY

Accoucheurs des Hôpitaux de Paris

A MESSIEURS LES DOCTEURS

AUDOUIN, CORDIER, COURTIN, DREYFUS-LE-FOYER,
GARNIER, LAENNEC, OUMANSKY, QUELLIEN
RÉMY-NÉRIS

A MESSIEURS LES DOCTEURS

ANDRÉ ROY, ROBERT RICHARD, EMILE GIRARD

et à mes collègues de l'Internat de Paris

INTRODUCTION

Les sténoses non cancéreuses du colon iléo-pelvien posent un problème fréquent de diagnostic et de thérapeutique chirurgicale. Plus accessoire dans ces formes, et relevant davantage de la pathologie générale, nous semble être le problème étiologique.

En effet, si la plupart des auteurs qui se sont attachés récemment à l'étude de la pathologie du colon sigmoïde attribuent un rôle prépondérant à l'existence, sur ce segment terminal du gros intestin, de diverticules, il ne nous a pas semblé que l'existence de ceux-ci soit constante, ou du moins manifeste, dans les accidents occlusifs dont nous avons entrepris l'étude. Quand ils existent dans ces cas, ils sont probablement contingents, et n'ont pas un rôle déterminant dans l'apparition de la sténose, les lésions des tuniques intestinales et les lésions péri-sigmoïdiennes suffisant largement à expliquer celle-ci.

Nous ne ferons donc que rappeler, comme un fait bien acquis, les divers stades de diverticulose, de diverticulite, de torsions et perforations diverticulaires, de réactions in-

inflammatoires subaiguës ou chroniques péridiverticulaires et mésentériques, mais en soulignant bien que, dans les formes chroniques sténosantes que nous avons seules en vue, l'étiologie diverticulaire nous semble moins facile à mettre en évidence que dans la plupart des formes aiguës, et que la stase fécale, à laquelle LANE attribue une telle importance, joue certainement un rôle déterminant plus important, chez ces constipés chroniques, dans l'apparition des accidents occlusifs.

Le problème diagnostique est dominé par la difficile différenciation clinique et radiologique, d'avec le cancer du colon iléo-pelyien dans sa forme sténosante habituelle, et les nombreuses observations que nous avons relevées à ce sujet dans la littérature ne font que confirmer la difficulté de ce diagnostic.

Il nous a paru cependant, à la lumière des observations inédites que nous avons pu réunir dans les services de nos maîtres, MM. HOUDARD et HAMBURGER, que ce problème diagnostique est de première importance. Il conditionne en effet le problème thérapeutique, et, si l'on arrive à éliminer de façon certaine le cancer, autrement que par un diagnostic d'évolution, pour ainsi dire rétrospectif, il semble qu'on puisse éviter de faire courir au malade le risque d'une exérèse de pronostic toujours sévère.

Pour mettre le malade à l'abri de nouvelles crises sténosantes, la technique de sécurité utilisée par M. HOUDARD nous paraît devoir être retenue, et nous insisterons particulièrement sur ce point de thérapeutique chirurgicale.

HISTORIQUE

Si les inflammations aiguës, subaiguës et chroniques du colon sigmoïde sont connues depuis fort longtemps, ce n'est qu'en 1893 que MAYOR, de Genève, a fait des sigmoïdites une entité clinique bien définie, et ce n'est qu'en 1898, au *Congrès des Chirurgiens Allemands*, que GRASER a présenté le premier cas typique de tumeur colique, d'origine diverticulaire.

A partir de cette date, les travaux se succèdent, tant en France qu'à l'étranger et plus particulièrement dans les pays anglo-saxons.

Citons notamment, parmi les travaux parus en ces trente dernières années et consacrées, au moins en partie, au chapitre des sigmoïdites chroniques sténosantes : la thèse de SAILLANT (*Paris*, 1906), les observations de H. HARTMANN, LEJARS, TUFFIER, présentées à la *Société de Chirurgie* en mars 1906, les mémoires de PATEL (de Lyon) dans la *Revue de Chirurgie* (1907, n° 2) et de P. DUVAL et PATEL au *Congrès de Chirurgie* de 1913, les thèses de LE LANDAIS (Lyon, 1911) et de MOURGUES (Lyon, 1913), les

travaux de BENSALDE, CAIN et HILLEMAND (1923-1932), ceux de SANTY, VILLARD et TAVERNIER, de Lyon (*Journal de Chirurgie*, 1926, n° 7), l'article de A. AMELINE dans la *Pratique Médico-Chirurgicale* (Masson, 1931), les travaux de X. DELORE et PUTHOD (*Revue de Chirurgie*, 1932, n° 3), ceux de TIXIER et BERTRAND (*Société de Chirurgie de Lyon*, 3 mars 1932), ceux de Y. BOURDE (1935), DUCUING (1936), enfin la remarquable thèse de P.-P. PRAT (Paris, 1935) qui a bien voulu, ce dont nous le remercions, nous autoriser à reproduire, complétée, une de ses nombreuses observations.

Parmi les auteurs étrangers qui se sont occupés de la question, citons : BLAND-SUTTON, MAYO, SPRINGS, MAXWELL-TELLING, GRIFFIN, WILSON, BALLIN, SANCHEZ, etc.

Dans ces divers travaux, un chapitre est consacré aux sigmoïdites chroniques sténosantes, auxquelles nous avons limité notre étude.

PLAN

Nous étudierons successivement dans ce travail :

- l'allure clinique de la maladie,
- le diagnostic,
- la question de la transformation cancéreuse,
- le diagnostic étiologique,
- l'anatomie pathologique,
- nos observations et leurs commentaires,
- le traitement, envisagé en période occlusive et en dehors de l'occlusion,
- enfin les conclusions.

ÉTUDE CLINIQUE

Quand on lit les observations relatives aux sigmoïdites chroniques occlusives — et elles sont nombreuses — on ne peut manquer d'être frappé par deux faits :

— D'une part, le diagnostic n'est pratiquement jamais fait ; les signes fonctionnels et physiques entraînent rarement la conviction, et, par crainte du pire, et aussi par raison de fréquence, on pense plus volontiers à un cancer sténosant du colon gauche, on pratique une laparotomie exploratrice. Pièce en mains, neuf fois sur dix le diagnostic de cancer reste posé. Pratique-t-on une biopsie, elle ne montre pas l'existence d'éléments néoplasiques, mais on passe outre. Devant le volume généralement considérable de la tumeur, les adhérences inflammatoires, l'âge et l'état général souvent précaire du malade, on pratique simplement un anus artificiel. Dès lors, quand on envisage une nouvelle intervention en vue d'une excrèse, on est frappé de ne plus retrouver trace de la lésion constatée antérieurement, ou du moins de trouver celle-ci moins éten-

due, moins adhérente, moins enflammée, et de noter une amélioration très sensible de l'état général.

Ou bien, si la tumeur est découverte chez un malade suffisamment résistant, si elle apparaît moins volumineuse et non fixée, si l'on se trouve dans de bonnes conditions techniques, on en pratique d'emblée l'excérèse. Même s'il y a des incidents dans les suites opératoires, le résultat éloigné demeure excellent, des survies inespérées sont observées, et l'on n'est amené à réformer le diagnostic de cancer que de façon rétrospective.

— D'autre part, dans un certain nombre de cas, on parvient à établir avec le maximum de certitude le diagnostic de sigmoïdite inflammatoire, et à éliminer le cancer, soit que plusieurs biopsies soient demeurées négatives, soit que la radiographie ait indiscutablement révélé l'existence de diverticules. Même dans ces cas, sans parler de la fréquence des cancers surinfectés, ni du problème des états précancéreux, questions sur lesquelles nous aurons à revenir, il ne faut pas se hâter de crier victoire, et surtout ne pas se hâter de refermer l'anüs ; on s'exposerait ainsi trop souvent à de nouveaux accidents, désunion, fistulisation, qui, s'ils n'ont pas en eux-mêmes d'inconvénients graves, ne peuvent du moins être considérés comme l'aboutissement logique d'une thérapeutique raisonnée. Par ailleurs, la relative fréquence des rechutes, des nouvelles crises subocclusives ou occlusives, doit toujours rester présente à l'esprit ; aussi faut-il attendre longtemps avant d'entreprendre la cure de l'anüs artificiel et de supprimer ainsi cette véritable « soupape de sûreté ».

Il nous a donc paru intéressant de reprendre de ces deux points de vue certaines observations, d'y ajouter les observations personnelles inédites que notre Maître M. HOUDARD a bien voulu nous confier, et d'essayer d'en tirer, en conclusion, une ligne de conduite logique.

SIGNES AMENANT LE MALADE A CONSULTER

La plupart des observations de sigmoïdites chroniques occlusives que nous avons retrouvées dans la littérature sont à peu près superposables quant au mode de début.

L'affection s'observe avec une plus particulière fréquence chez l'homme, aux environs de la cinquantaine. Il s'agit souvent de sujets obèses.

Les antécédents digestifs manquent rarement. On retrouve le plus souvent par l'interrogatoire toute une longue phase de constipation, rebelle aux antispasmodiques et aux laxatifs, dont le malade a fait de tout temps une consommation excessive. Parfois cette constipation alterne avec des débauches diarrhéiques. Ou bien cette diarrhée, témoin de l'irritation précoce de la muqueuse, est le symptôme prédominant. Son abondance, sa ténacité, ont une valeur certaine, car elle n'est jamais aussi intense dans le cancer du colon gauche. Chez un malade de M. HOUDARD, la persistance de la diarrhée avait fait penser à la sigmoïdite, et l'intervention révéla, en amont de la lésion inflammatoire, une nette dilatation colique, témoin d'un certain degré de sténose.

Il est à peu près constant que ces crises de constipation et ces débauches diarrhéiques retentissent, à plus ou moins longue échéance, sur l'état général. L'amaigrissement peut parfois être impressionnant et militer en faveur d'une néoplasie digestive profonde. Le syndrome entéro-rénal n'est pas rare, mais ne saurait évidemment constituer un élément de diagnostic, puisqu'il n'est que la conséquence de la constipation chronique.

Plus importante à cet égard est l'existence d'un syndrome infectieux persistant, avec poussées fébriles au moment des crises de constipation, et hyperleucocytose polynucléaire à plus de 15.000 éléments (H. HARTMANN).

Bien plus exceptionnel, puisque nous n'en avons retrouvé aucun autre exemple dans la littérature, est le syndrome pseudo-palustre observé par notre Maître M. HAMBURGER.

Tous ces symptômes digestifs à retentissement général s'échelonnent sur des années (20 ans dans un cas du Professeur GRÉGOIRE). Ils sont parfois bien peu nets, rarement évocateurs, mais il est rare pourtant qu'on ne retrouve pas dans l'anamnèse, soit la constipation tenace, « de nature », soit les crises diarrhéiques mal expliquées.

De toute façon, à ce stade, il est bien difficile de retrouver des symptômes pathognomoniques. Douleurs de la fosse iliaque gauche, à type de coliques, s'accompagnant de sensation de distension abdominale, de crises d'épreintes avec gargouillements s'éteignant en une zone assez fixe de la fosse iliaque gauche, et suivies de débauches abondantes de gaz et de matières liquides. Il est bien rare

qu'on observe, en dehors des crises, des déformations des matières.

Les hémorragies de sang rouge sont plus rares que dans le cancer, et expliquées le plus souvent par des hémorroïdes concomittantes, témoin d'un obstacle à la circulation veineuse plus haut situé. Cependant, dans une belle observation de BARTHELÉMY (de Nancy), un état angioma-teux des diverticules sigmoïdiens donnait lieu à d'abon-dantes hémorragies rectales.

Des signes vésicaux, ténesme vésical, pollakiurie, urines troubles, seraient assez évocateurs quand on connaît le fréquent retentissement vésical de voisinage des lésions sigmoïdiennes. Mais, hormis les cas de fistule sigmoïdo-vésicale, avec pneumaturie et fécalurie, il est rare qu'un examen urinaire, même complet et soigneux, permette d'affirmer la lésion sigmoïdienne. Chez un malade de notre Maître M. HAMBURGER, les signes vésicaux avaient été parmi les premiers en date, mais une cystoscopie avait révélé un œdème et une infiltration de la paroi vésicale du côté gauche, et avait fait conclure à l'existence d'un néoplasme de la vessie.

*
**

SIGNES PHYSIQUES

Bien plus importants que les troubles fonctionnels souvent disparates et imprécis, sont les signes tirés de l'examen physique.

A cet égard, l'existence d'une tumeur abdominale, dans les formes que nous étudions, est constante. Mais les caractères de celle-ci ne sont pas toujours faits pour venir éclairer le diagnostic.

Le volume de cette tumeur est des plus variables ; généralement, il correspond à celui d'une mandarine ou d'une orange, il est rarement moins gros, parfois plus important, pouvant atteindre le volume d'une tête de fœtus ou même d'enfant, emplissant alors toute la fosse iliaque gauche et remontant au-delà de l'ombilic.

Petite et basse, cette tumeur peut n'être perçue qu'au toucher rectal. Le plus souvent pourtant, le palper abdominal permet de bien l'explorer, d'en sentir les bords latéraux, dont l'externe est le plus net, et le pôle supérieur qui se perd sur le colon descendant presque toujours dilaté.

Le pôle inférieur s'enfonce dans le pelvis où le doigt rectal peut l'explorer.

Cette tumeur est dure dans son ensemble, avec cependant des points ramollis. Elle apparaît quelquefois bosselée, irrégulière, soit que, au-travers d'une paroi particulièrement mince, on perçoive les bosselures coliques exagérées par la stase fécale, soit même que, dans quelques cas exceptionnels, on arrive à sentir une masse péridiverticulaire turgescence et douloureuse.

Cette tumeur est en effet fréquemment douloureuse à la pression, avec un certain degré de défense musculaire, évidemment plus nette lors des crises.

Elle est difficilement mobilisable, parfois bloquée par

sa masse, plus souvent fixée par la méésentérite rétractile et les adhérences inflammatoires, surtout postérieures.

Enfin, cette tumeur est, dans la règle, plus volumineuse que la virole cancéreuse habituelle, même lorsque celle-ci, comme c'est le cas le plus fréquent, est entourée d'une gangue scléro-lipomateuse d'inflammation chronique, à laquelle participent les tuniques intestinales, les franges graisseuses, le méésentère et l'épiploon.

C'est surtout au toucher rectal qu'on a cette notion de volume important de la tumeur, nettement supérieur au volume habituel du cancer.

Mais le point peut-être le plus important est la variabilité de volume et d'aspect de cette tumeur d'un examen à l'autre, sous l'influence de sa mise au repos par un traitement médical, et surtout par une dérivation des matières. C'est surtout dans ce dernier cas que l'on est frappé, quelques semaines seulement après l'intervention, de trouver une lésion considérablement moins étendue, plus souple, moins douloureuse, moins fixée, en même temps que l'état général s'est transformé, une fois levé l'obstacle, cause de la stercorémie.

L'OCCLUSION

Quant à l'occlusion, elle peut être le premier signe en date, et revêtir alors une allure subaiguë. C'est tout le tableau classique de l'occlusion basse du gros intestin, avec douleur iliaque gauche rarement très intense, vomissements souvent peu abondants et tardifs dans leur appa-

rition, longue intégrité relative de l'état général, et localement dilatation en cadre du colon, avec cæcum gros et dilaté.

Pourtant, le plus souvent, une étude attentive, par l'interrogatoire, des antécédents digestifs permet de retrouver toute une longue phase, portant souvent sur des années, de constipation chronique ou de crises diarrhéiques.

Il y a déjà eu des crises subocclusives analogues, qui ont cédé plus ou moins rapidement à un traitement médical, et le malade ne s'est pas autrement inquiété de cette nouvelle crise, attendant l'effet des médications qui lui réussissent habituellement. C'est en somme plutôt le tableau d'une occlusion qui se complète peu-à-peu.

En l'absence de renseignements plus précis (examens radiologiques antérieurs, examens de sang montrant la polynucléose lors des crises, etc), rien ne permettrait alors de conclure plutôt à une sigmoïdite inflammatoire chronique qu'à un cancer sténosant : ni la symptomatologie fonctionnelle qui est bien voisine, ni l'âge qui peut être celui du cancer, ni les signes physiques, quand l'urgence vient estomper les finesses d'un diagnostic clinique forcément hâtif, alors surtout qu'une notion de fréquence et la crainte du pire commandent de penser plutôt au cancer qu'à la sigmoïdite.

EXAMENS PARA-CLINIQUES

Il n'y a en somme qu'assez peu de renseignements décisifs à attendre de la seule clinique, que ce soit en dehors des périodes de crise ou surtout en période occlusive.

La radiographie peut apporter dans bien des cas des éléments de diagnostic beaucoup plus intéressants, surtout en dehors de l'occlusion où elle est alors en général à rejeter car elle n'est pas sans danger.

BENSAUDE, LARDENNOIS, CHARRIER et HILLEMAND, ont beaucoup insisté récemment sur l'intérêt de radiographies bien faites.

Après lavement opaque, sous pression moyenne, on peut voir un rétrécissement canaliculaire. On en précisera le siège, parfois recto-sigmoïdien, parfois sigmoïdien, plus rarement iliaque. Ses bords frangés, donnant lieu à l'aspect spécial décrit sous le nom d'image « en pile d'assiettes », seraient tout particulièrement évocateurs d'une affection d'ordre inflammatoire, à condition que des examens successifs, après atropinisation pour éliminer le rôle du spasme, en variant au besoin la pression du lavement baryté, ne montrent jamais l'existence d'une véritable image lacunaire, avec ses caractères de fixité dans le temps et dans l'espace. Cependant, des matières dures, bourrant un diverticule, peuvent empêcher son remplissage par la baryte et donner lieu à un image lacunaire trompeuse (LEFÈVRE et LAUMONNIER) ; il faudrait alors, après avoir évacué la baryte et lavementé plusieurs fois le malade, refaire un nouvel examen.

D'autres fois, l'état diverticulaire est évident, le lavement opaque injecte des diverticules, souvent avec une extraordinaire netteté, donnant lieu aux images dites « en coupe », « en cupule », « en calice », « en épine », etc.

Il y a souvent intérêt à radiographier les malades en position frontale et en position oblique, après évacuation de la substance opaque qui n'imprègne plus que les diverticules (CASE, PASCHETTA) ; on peut également recourir à l'insufflation rectale.

Cependant, le lavement baryté peut ne pas injecter certains diverticules oblitérés par un fécalome ou un repli muqueux, et d'autre part l'interprétation de certaines images diverticulaires peut être délicate, même en multipliant les examens et les incidences. Il ne faut, de toutes façons, attribuer de valeur absolue qu'aux images diverticulaires retrouvées constamment dans le temps et dans l'espace.

En dehors des diverticules, le diagnostic par lavement baryté est beaucoup plus difficile. Cependant, l'aspect festonné des bords coliques, et aussi la longueur du défilé rétréci seraient des signes en faveur de la sigmoïdite inflammatoire.

Quant au repas baryté, du fait de la segmentation de la colonne opaque, il donne des renseignements beaucoup plus incertains que le lavement.

En somme, ce dernier peut apporter de solides éléments de diagnostic, surtout s'il révèle l'existence d'images diverticulaires, et sous réserve d'une interprétation soigneuse.

La rectosigmoïdoscopie offre des renseignements de moindre valeur que l'examen radiologique. Elle doit être pratiquée avec prudence du fait de l'altération des parois intestinales. Souvent le rectoscope bute sur un obstacle infranchissable. Dans les cas favorables, on trouve une muqueuse rouge, altérée, et l'on peut pratiquer une biopsie qui révèle l'existence d'un tissu de granulation banale, avec hyperplasie glandulaire et lésions inflammatoires interstitielles, sans îlots de dégénérescence néoplasique.

DIAGNOSTIC

De cet ensemble de faits, il résulte que le diagnostic pourrait être fait par la clinique aidée des examens radiologiques.

En présence d'un tableau de cancer présumé de la partie terminale de l'intestin, il faut toujours penser à la sigmoïdite. Celle-ci n'a pas de signes pathognomoniques, mais elle se révèle le plus souvent par un cortège de signes cliniques et paracliniques qui permet tout de même une notion de probabilité : douleurs à la fosse iliaque gauche, constipation tenace, ou au contraire diarrhée rebelle, signes vésicaux, poussées inflammatoires avec hyperleucocytose, biopsies montrant l'absence d'éléments néoplasiques, radiographies révélant l'existence de bords coliques festonnés ou de diverticules, sans images lacunaires.

D'autre part, il est rare que le cancer s'accompagne d'un syndrome colitique aussi complet. Il n'en reste pas moins qu'un élément inflammatoire vient fréquemment se surajouter au processus néoplasique, et le diagnostic, en ce cas, ne peut être affirmé que par l'évolution, quand l'élé-

ment inflammatoire a rétrocedé à la suite d'une dérivation des matières.

En dépit des grosses difficultés de diagnostic que nous avons vues, le cancer peut être éliminé pourvu que l'on ait à l'esprit la relative fréquence de la sigmoïdite, et que l'on multiplie les examens. Dans une statistique de GIFFIN portant sur dix-sept cas de sigmoïdites d'allure néoplasique, le diagnostic exact fut établi douze fois avant l'intervention. Si ces formes bien spéciales de sigmoïdites étaient mieux connues, nous croyons qu'on pourrait atteindre ce remarquable pourcentage de diagnostics exacts, alors qu'en pratique il faut bien convenir que la hantise du cancer le fait voir souvent là où il n'existe pas.

C'est pourtant un pourcentage sur lequel il ne faut pas compter en pratique, et le meilleur élément de diagnostic reste en définitive l'amélioration locale et générale durable qu'entraîne la mise au repos chirurgicale de la lésion par la création d'une dérivation stercorale.

Quant aux réactions biologiques susceptibles d'affirmer le diagnostic de cancer de façon précoce et certaine, elles paraissent trop discutées et trop discutables à l'heure actuelle pour qu'on puisse en faire état dans la pratique courante.

*
**

Le cancer sigmoïdien n'est pas la seule affection qu'il importe de discuter en présence d'une sigmoïdite chronique occlusive.

Le banal fécalome sera aisément reconnu, pour peu qu'on examine le malade après l'avoir lavementé.

Le rétrécissement rectal et le cancer ampullaire haut situé sont accessibles au doigt et au rectoscope.

Le volvulus du sigmoïde, relativement rare, a pour lui des signes bien spéciaux, surtout son météorisme asymétrique.

Dans le dolichocolon et le mégacolon, l'examen radiologique donne des renseignements bien spéciaux ; il n'y a pas de syndrome infectieux. Cependant, la stase fécale particulièrement accentuée dans ces cas peut entraîner une inflammation subaiguë ou chronique sigmoïdienne et péricolique qui peut aboutir aux formes que nous étudions. La malformation colique n'est là qu'un facteur prédisposant de plus.

Les formes diarrhéiques qui, nous l'avons vu, peuvent s'accompagner d'un certain degré de sténose sans traduction clinique, seront différenciées par les examens coprologiques des colites parasitaires.

Les torsions chroniques de franges épiploïques (BECHE) sont rares, mais réalisent un tableau de crises douloureuses iliaques gauches avec constipation, d'un diagnostic à peu près impossible en dehors d'une laparotomie exploratrice.

Plus intéressantes sont les réactions inflammatoires péricoliques dues à une affection génitale chez la femme, annexite gauche le plus souvent, avec cellulite pelvienne. De même qu'entre l'appendice et les annexes droites, il peut y avoir interdépendance pathologique du sigmoïde et des annexes gauches, et souvent ce n'est qu'à l'intervention qu'on rattachera à une lésion sigmoïdienne une masse latéro-utérine étiquetée salpingite.

Enfin, l'appendice lui-même, en situation pelvienne, ou lorsque l'anse sigmoïde longue se reporte jusque vers la fosse iliaque droite, peut, par son inflammation, entraîner une péricolite d'allure occlusive dont le diagnostic n'est fait qu'à l'intervention.

En cas de signes vésicaux, nous l'avons vu, le diagnostic devient plus difficile encore et toutes les méprises sont possibles.

*
* *

LE PROBLEME DE LA TRANSFORMATION CANCÉREUSE

Autant la péricolite surajoutée au cancer est d'observation courante et cède bien à la dérivation des matières, autant la greffe cancéreuse secondaire sur une sigmoïdite avec ou sans diverticulite est plus contestée.

HERMANN et FISCHER, KOCH, HOCHENEGG, GIFFIN, WILSON, MAYO, DRUECK, BALLIN et en France BENSAUDE et PRAT, ont rapporté d'indiscutables observations de diverticulo-cancer, d'où l'on peut conclure pour le moins, avec DAVID, « que les relations entre l'inflammation chronique et le cancer sont identiques au niveau du gros intestin à ce qu'elles sont ailleurs ».

Toutefois, les travaux de FIFIELD, FALLOU, STEWART, qui portent sur de grandes statistiques d'autopsies, concluent à la rareté de la transformation cancéreuse. RANKIN et BROWN, d'après 227 observations de la clinique MAYO concluent que la coexistence du cancer et de la di-

verticulite sigmoïdienne n'excède pas six cas pour mille. Seule, pour LAMBLING, la polypose essentielle serait nettement un état précancéreux. CHARRIER et HILLEMAND, dans un travail récent, concluent également à la rareté de la transformation néoplasique des sigmoïdites.

*
* *

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Alors que la maladie de NICOLAS-FAVRE, en ces dernières années, domine l'étiologie des rétrécissements non cancéreux du rectum, il ne semble pas qu'elle puisse souvent être invoquée dans les cas de sigmoïdites que nous étudions.

Sans doute, les observations sont presque toujours muettes à ce sujet, mais cependant aucune de celles que nous avons dépouillées ne montre l'existence d'une phase aiguë nette, avec adénopathies inguinales ; les lésions de la muqueuse, quand elles sont décrites, sont banales et semblent relever de la seule coprostase.

Sans doute aussi, une intradermo-réaction de FREI positive trancherait ce point de diagnostic étiologique ; mais, négative, elle éliminerait une cause si fréquente de rétrécissement inflammatoire qu'elle ne pourrait que renforcer l'idée de cancer (DUCUING).

La tuberculose, la syphilis, la gonococcie, sont parfois en jeu, et font alors leur preuve par leur réaction à un traitement spécifique, comme dans le cas de TIXIER que nous citons plus loin, mais le plus souvent les examens anatomo-pathologiques font conclure à une inflammation banale, liée à la coprostase, de la muqueuse sigmoïdienne ou diverticulaire, et du tissu graisseux de voisinage.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Macroscopiquement, la tumeur se présente comme un boudin de volume variable, de nature scléro-lipomateuse, « un bloc de graisse » (BENSAUDE), souvent parsemé de noyaux indurés qui correspondraient aux diverticules et qu'on pourrait alors vider par expression dans la lumière intestinale. Dans son ensemble, pourtant, la tumeur est mollassse, de consistance inégale.

La lumière intestinale, une fois la pièce coupée, apparaît très réduite, et les parois sont considérablement hypertrophiées. La muqueuse est plissée, dépolie, épaissie, rougeâtre, la musculuse est épaissie, mais manque dans les diverticules, ce qui serait en faveur de l'origine mécanique de ceux-ci, et de la théorie de l'hyperpression intra-intestinale. Cette musculuse est doublée de tissu fibreux épais, noyé lui-même dans une gangue adipeuse où sont appendues de volumineuses franges épiplôiques.

Du point de vue microscopique, la muqueuse présente souvent, surtout au fond des diverticules, des ulcérations qu'entoure un tissu granulomateux ; la sous-muqueuse est épaissie, de même que la musculuse.

Des nodules inflammatoires sont abondants, surtout dans le tissu fibreux à l'extrémité des diverticules. « Ils ont la structure des granulomes : fin réseau conjonctif avec capillaires néoformés, infiltration de cellules variées : lymphocytes, plasmocytes, polynucléaires neutrophiles, quelques éosinophiles, cellules géantes à corps étrangers ; il n'y a pas de cellules épithéloïdes typiques, pas de lésions vasculaires proprement dites ». (DUCUNG et BASSAL).

Les diverticules ont le volume d'une cerise ou d'un petit pois, rarement davantage. Leur orifice de communication avec la lumière de l'intestin est tantôt large, dans le cas de diverticule « en doigt de gant », tantôt très étroit. Ils sont en nombre très variable, et se répartissent surtout en avant le long de l'insertion du méso, et en arrière de la bandelette postérieure. Ils se développent fréquemment entre les deux feuillets du mésocolon et dans les franges épiploïques, et MEILLÈRE, dans sa thèse, a bien insisté sur cette disposition et sur les conséquences qu'elle entraîne lors du « dégraissage » qui précède les sutures coliques.

Enfin, les lésions de voisinage sont fréquentes, quasi-constantes, et consistent surtout en adhérences à la paroi abdominale, à l'intestin grêle voisin, aux annexes, au dôme vésical, adhérences en général serrées, solides, organisées, qui, jointes à la mésentérite rétractile, à l'infiltration des mésos et de l'épiploon, rendent presque toujours très délicate la libération opératoire de l'anse.

OBSERVATIONS

Le tableau clinique, nous l'avons vu, est d'aspect trop polymorphe pour qu'on puisse décrire un cas type. Les nombreuses observations que nous avons relevées dans la littérature apparaissent donc assez disparates, et, plutôt que de multiplier les formes cliniques, nous préférons donner ci-dessous quatre observations dont nous tirerons des conclusions thérapeutiques.

De ces observations, les deux premières nous ont été confiées par notre maître M. HOUDARD, et sont inédites ; la troisième, inédite également, nous vient de notre maître, M. HAMBURGER ; enfin, nous sommes redevable de la quatrième au Docteur P.-P. PRAT, de Nice, qui a bien voulu compléter pour nous une des observations de sa thèse de 1935, celle-ci est donc en partie inédite.

OBSERVATION I

L..., homme de 48 ans

(Docteur L. HOUDARD) (*Inédite*)

Le malade est vu par nous pour la première fois à la fin de décembre 1927, à l'Hôpital Beaujon où il était hospitalisé depuis plus d'un mois. Il y était venu pour douleurs abdominales, et l'on avait constaté l'existence dans l'abdomen d'une volumineuse tumeur. On ne trouvait de notable dans les antécédents qu'un traumatisme lombaire, avec, aux dires du malade, une fracture de la colonne vertébrale en 1914.

Une laparotomie exploratrice avait été faite le 10 novembre 1927. Elle avait montré que cette tumeur était développée sur le colon sigmoïde : des anses intestinales y adhéraient fortement, elle-même adhérait solidement de tous côtés, jusque sur le plan postérieur. On avait fait le diagnostic de néoplasme sigmoïdien avec grosse réaction inflammatoire, et jugé que toute tentative d'exérèse était impossible. La laparotomie avait été purement exploratrice. Un traitement par diathermie avait suivi cette opération.

Lors de notre premier examen, le malade avait conservé un très bon état général qui contrastait avec ce que l'on avait trouvé au cours de l'exploration et ce que notre examen nous révélait.

Le ventre faisait une très forte saillie et l'on sentait, dans les régions ombilicale et sous-ombilicale, une grosse

tumeur dure, bosselée, non mobile, du volume au moins d'une tête d'adulte. Un point de la cicatrice opératoire était désuni et laissait échapper des matières fécales.

M. PROUST, chef de service, pensa qu'il était indiqué de faire un anus artificiel, espérant ainsi calmer les phénomènes inflammatoires, et peut-être pouvoir faire ensuite une colectomie.

Le 18 janvier 1928, on pratique donc un anus transverse par extériorisation sur une baguette de verre. Section complète de l'intestin quelques jours plus tard.

Après cette opération, et pendant de longs mois, pas d'amélioration nette du côté de la tumeur, à part la fermeture de la fistule stercorale. Mais, contrairement à toute attente, pas d'aggravation non plus, et l'état général notamment continue à être excellent.

Plusieurs fois, le malade, se sentant bien, réclame la fermeture de l'anus transverse, mais chaque fois, nous résistons à ses demandes.

Cet état stationnaire assez étonnant se prolonge pendant près de deux ans. Un nouvel incident apparaît alors : une fistule sur la première cicatrice, au niveau de la tumeur, s'ouvre et, quelques jours après, un fragment osseux fin et aplati est expulsé.

Dès ce jour, changement à vue, et l'état local s'améliore très vite. Très rapidement, la tumeur diminue de volume et disparaît, et il ne persiste bientôt plus qu'une petite fistulette. Sa guérison spontanée était escomptée, mais cet espoir fut vain, et une intervention fut décidée contre elle.

Intervention le 28 février 1930. Incision circonscrivant la fistule. On cherche le péritoine libre. Après section d'adhérences épiploïques, on arrive à libérer tant bien que mal un paquet d'intestin et d'épiploon. On ouvre et met à plat la fistule, et on tombe dans une petite cavité de pus. Résection de cette cavité. Après avoir suivi un tra-

jet tortueux, on trouve une petite fistule intestinale, qu'on avive et suture en un plan total, et par-dessus on rabat tout ce qu'on trouve d'épiploon et de franges épiploïques en deux plans. Suture de la paroi en deux plans en amarrant la suture sous la peau. Une mèche en ce point, un drain dans le Douglas.

La réunion *per primam* ne fut pas obtenue, mais la fistule se tarit néanmoins au bout de quelques mois.

Après avoir attendu pour être certain que cette cicatrisation était définitive, et s'être assuré par lavement baryté que l'anse sigmoïde était bien perméable, on décide de fermer l'anus transverse, le 2 mai 1931, par voie intrapéritonéale.

Après cette opération non plus la réunion *per primam* ne fut pas obtenue, mais, petit à petit, la fistule stercorale qui s'était reformée s'obtura.

La guérison s'est maintenue depuis. Le malade est revu le 20 mai 1937 en parfait état général. Le fonctionnement intestinal est très bon. Il ne persiste de ces multiples interventions qu'une paroi abdominale en très mauvais état, mais la cure radicale de ces éventrations sur ce ventre couuré de cicatrices semble téméraire, et a été repoussée jusqu'à présent.

EN RÉSUMÉ. — Crise occlusive basse et volumineuse tumeur iliaque gauche. Après anus transverse, maintien de l'état général et grosse amélioration de la tumeur dès qu'est expulsé un fragment d'os (vraisemblablement de lapin ou de poulet), cause probable d'inflammation locale, sans que son enclavement dans un diverticule colique puisse être prouvé. Difficultés de fermeture de l'anus. Guérison depuis six ans.

OBSERVATION II

M..., homme de 49 ans.

(Docteur L. HOUBARD) (*Inédite*)

Le malade entre dans le service le 29 octobre 1934. Signes de subocclusion. Mise en observation et surveillance en vue de l'installation d'un anus d'urgence si l'occlusion devient menaçante. Mais les phénomènes s'amendent, et l'on peut faire un examen radiologique.

Un lavement baryté est injecté le 2 novembre : sa progression est normale, il n'y a pas d'anomalies coliques, pas de point douloureux.

Quelques jours après, nouveaux symptômes alarmants. Au toucher rectal, on sent une tumeur haut située, et on décide de faire un anus iliaque gauche.

Le 16 novembre 1934, par incision gauche, on explore le petit bassin. On sent une tumeur recto-sigmoïdienne. Elle est volumineuse et donne l'impression d'être très adhérente. On émet même des doutes sur la possibilité de faire ultérieurement une exérèse.

On fait sur la partie haute du sigmoïde (anse courte, méso court) un anus. L'opération ultérieure semblant ne pouvoir être qu'une opération de HARTMANN, on fait un anus définitif sur pont de peau.

Une quinzaine de jours après cette opération, au toucher rectal on sent toujours une tumeur recto-sigmoïdienne. On fait une rectoscopie : le rectoscope bute sans pouvoir dépasser cet obstacle. On fait une biopsie.

Cette biopsie ne semble pas concluante. L'examen, fait sur des fragments minuscules, montre une hyperplasie des glandes avec réaction inflammatoire interstitielle. Lésions d'ailleurs discrètes.

On décide de faire néanmoins une laparotomie.

Le 18 décembre 1934, laparotomie médiane sous-ombilicale. On ne trouve *plus rien*. L'induration qu'on avait sentie au cours de la première opération, retrouvée au toucher rectal, a complètement disparu.

Un clamp, puis un doigt introduit par un aide dans le rectum, sont sentis dans l'abdomen sans interposition d'aucun obstacle. La laparotomie reste donc purement exploratrice.

Dans les mois suivants, l'état général du malade reste bon, le malade réclame la fermeture de l'anus artificiel.

On hésite à le faire, bien qu'à plusieurs reprises des examens radiologiques aient montré l'intégrité du rectum et du colon terminal, et on ne se décide à tenter cette opération que le 18 juillet 1935.

Tentative de cure radicale de l'anus à pont. Grosses difficultés (il s'agit, on se le rappelle, d'anse courte à méso court). Même après ouverture du péritoine on rapproche mal les deux bouts de l'intestin et on fait une suture en deux plans. Le résultat est peu satisfaisant, la paroi antérieure est très tendue au-dessus du plan postérieur faisant chevalet.

Rapidement, dans les quelques jours qui suivent, la suture lâche et l'anus se reforme aussi béant qu'auparavant.

Le 2 septembre 1935, après avoir placé quelques jours avant un entérotome, le Docteur MOUTCHET tente une nouvelle intervention. Mais, il remarque que l'entérotome n'a pas supprimé l'éperon, que toute suture est impossible, et il se contente d'écraser l'éperon avec trois pinces de Kocher laissées en place en guise d'entérotome. Deux crins sur la peau.

Aucun résultat appréciable. On décide alors d'essayer une autre technique.

Le 5 octobre 1935, laparotomie médiane sous-ombilicale. Au-dessous de l'anus artificiel, l'anse sigmoïde est

assez longue. Au-dessus, pas d'intestin libre, intestin fortement et largement accolé dans le flanc gauche. Section du transverse le plus bas possible. Fermeture en deux plans du bout inférieur. Anastomose termino-latérale transverso-sigmoïdienne. Quelques difficultés d'hémostase du mésocolon. Paroi en trois plans à crins perdus.

Bon résultat post-opératoire. La circulation intestinale se rétablit par l'anus naturel. L'anus artificiel se rétrécit et laisse suinter seulement quelques mucosités. On envisage de fermer secondairement cette fistule, mais heureusement on remet à plus tard cette opération.

Quelques mois après, en effet, le malade présente de nouveaux signes de subocclusion, les matières ne passent plus par l'anus naturel, et, refoulées de bas en haut, sortent de nouveau par la fistule iliaque gauche.

Des lavages intestinaux par l'anus naturel et la fistule améliorent rapidement la situation, et de nouveau, la circulation intestinale se rétablit normalement.

Depuis, pas de nouveaux incidents. Le malade, revu plusieurs fois, et récemment le 10 juillet 1937, est en bon état général et local.

On décide donc de garder la fistule gauche, comme soupape de sûreté, et pour permettre le traitement par lavages intestinaux si de nouvelles poussées inflammatoires entraînaient de nouveau l'occlusion intestinale.

EN RÉSUMÉ. — Subocclusion ayant nécessité un anus gauche à la suite duquel la tumeur recto-sigmoïdienne fond complètement. Grosses difficultés de fermeture de cet anus. L'intérêt de cette observation est dans la réalisation d'une anastomose transverso-sigmoïdienne termino-latérale, laissant subsister, en amont de la lésion, une fistule qui, lors d'une nouvelle poussée subocclusive, a joué le rôle d'une soupape de sûreté, et qu'on décide de conserver. Guérison maintenue depuis trois ans.

OBSERVATION III

X..., homme de 58 ans.

(Docteur HAMBURGER) (*Inédite*)

Dans les antécédents du malade, on ne peut retenir que deux attaques de lithiase rénale, il y a douze ans. La fonction intestinale était régulière mais, fait notable, le malade a eu toute sa vie deux selles quotidiennes. Il n'a jamais constaté dans ses selles ni de sang, ni de mucus. Il se plaignait de douleurs abdominales vagues, mais exagérées lorsqu'il sortait d'une pièce chauffée : à ce moment, il éprouvait d'impérieuses envies d'aller à la selle.

En fin 1932 et début 1933, le malade fut pris d'accès de fièvre élevée, 39° pendant cinq à six jours. En même temps, quelques douleurs abdominales. Diagnostic de l'époque : grippe intestinale. Depuis cette date, le malade ne s'est plus jamais senti bien portant, et, malgré l'absence de fièvre, le pouls restait en permanence très rapide, vers 120.

De plus, dès ce moment, brusquement, vers 10 heures du matin, il éprouvait de brutales douleurs abdominales, et souvent avait du ténesme et une selle.

Ces crises fatiguaient le malade, qui bientôt se mit à pâlir et à maigrir.

En septembre 1933 survient un nouveau symptôme : des douleurs sus-pubiennes à chaque miction ; ces mictions sont difficiles et peu abondantes ; deux ou trois en-

vies d'uriner la nuit, avec douleurs en dehors des mictions ; pendant celles-ci, les douleurs irradient dans la verge et vers le méat.

Une cystoscopie, un examen fonctionnel des reins, ne montrèrent rien d'anormal.

On tenta un lavement baryté, mais celui-ci était refoulé dès qu'on injectait plus de 10 cc., et une pression plus forte déterminait de vives douleurs. Du reste, le malade, deux ans avant, à l'occasion de lavements évacuateurs, avait éprouvé les mêmes douleurs et la même impossibilité à garder le lavement.

Après ces examens on porte pour la première fois le diagnostic de côlite, probablement diverticulaire.

En octobre 1933, le syndrome vésical est encore plus intense. On constate à cette époque une tuméfaction sus-pubienne débordant à gauche. Une radiographie vésicale avec substance opaque ne montre rien d'anormal.

Fin 1933, mauvais état général, avec tachycardie. La tumeur persiste, sa palpation est indolente.

En janvier 1934, cure de repos et de diathermie. Etat subfébrile ; un examen de sang montre un état inflammatoire, avec accélération de la sédimentation globulaire.

Il y a, sous l'influence du repos, une diminution de volume de la tuméfaction sigmoïdienne et, dès cette époque, les selles étaient plus faciles. Des radiographies montrent un arrêt du lavement opaque sur le sigmoïde et des déformations du colon. En février 1934, une nouvelle cystoscopie montre sur la partie gauche de la vessie une déformation, avec muqueuse normale. On porte le diagnostic de tumeur vésicale, mais le Docteur Foyer (d'Amsterdam) élimine ce diagnostic et affirme à nouveau celui de sigmoïdite avec péricolite.

En avril 1934, les douleurs vésicales diminuent, l'état général s'améliore, et le malade se croit guéri.

Mais, en février 1935, sans douleurs abdominales, surviennent de nouveaux accès de fièvre, cette fois d'allure pseudo-palustre : Température montant brusquement à 40° et s'atténuant en six heures de temps. Ces accès laissent le malade très fatigué. Pendant cette période, les matières sont restées moulées, sans hémorragies, ni mucus, ni pus.

En tout, il y a eu six attaques en quelques mois. Pendant ce temps, le malade souffrait de crampes abdominales diffuses, de nausées. A nouveau, l'état général décline gravement.

En septembre 1935, mêmes constatations radiologiques de la sténose sigmoïdienne, et on décide d'intervenir.

Le 10 octobre 1935, le Docteur DESMARETS trouve une tumeur sigmoïdienne inflammatoire très adhérente à la vessie et à la paroi de la fosse iliaque gauche, tumeur manifestement inextirpable. On établit un anus iliaque.

A la suite de cette dérivation, amélioration de l'état général, disparition des accès pseudo-palustres et des douleurs vésicales.

Mais en juin 1937, lors d'une nouvelle intervention, on ne trouve aucune modification du côté de la tumeur, qui demeure aussi adhérente, aussi inextirpable. On maintient donc l'anus iliaque.

EN RÉSUMÉ. — Cette observation est surtout intéressante par le début clinique de l'affection, par des signes urinaires et des signes généraux avec accès fébriles pseudo-palustres. Vingt mois après la mise au repos de la tumeur sigmoïdienne par un anus iliaque, cette tumeur ne s'est modifiée ni dans son volume, ni dans sa fixité et demeure inextirpable, mais l'état général s'est amélioré.

OBSERVATION IV

Mme SCH..., 76 ans.

(Observation en partie inédite du Docteur PRAT
complément de l'observation n° 100 de sa Thèse de Paris
1935) (Résumée)

Constipation habituelle datant de l'enfance et combattue par des drogues. Tous les trois à quatre mois, crise douloureuse abdominale, plus marquée à gauche et en bas, douleurs à gauche au moment de l'évacuation. Quelquefois, petites crises de diarrhée, jamais de sang.

Vue le 28 janvier en occlusion, sans matières ni gaz, sans vomissements ni gros ballonnement.

Sous écran, le lavement baryté remplit l'ampoule rectale, commence à déplier l'anse sigmoïde, puis s'arrête, malgré la pression, à la partie moyenne du sigmoïde. L'arrêt est très irrégulier, la lumière intestinale présente sur un à deux centimètres une lacune avec taches blanches disséminées formant un aspect aréolaire. Après atropine, un nouveau lavement, le 30 janvier, est identique au premier.

Cet aspect aréolaire, sans arrêt franc, sans influence de l'atropine, fait penser à une diverticulite. Sous l'influence de la glace, les gaz reviennent le 2 février. A ce moment, un examen radiologique pratiqué après repas opaque mon-

tre des images nettes de diverticules. Une purgation d'huile de ricin, le 4 février, ramène des selles normales, avec un peu de sang.

Comme signes cliniques lors de cette crise : fosse iliaque gauche douloureuse, avec tuyau de contracture abdominale. Au toucher rectal, très haut, empâtement diffus de l'espace pelvi-rectal supérieur.

La malade sort apparemment guérie le 9 février 1933.

Etat de santé normal jusqu'en mai 1936. Le régime, l'huile de paraffine, les laxatifs doux, assurent des selles régulières.

Mais le 15 mai 1936, peut-être à la suite de déplacements en automobile et d'excès alimentaires, survient une nouvelle crise d'obstruction intestinale. Ce n'est qu'au troisième jour que la malade consulte. Arrêt absolu des matières et des gaz, vomissements alimentaires puis porracés, température à 39°. Abdomen météorisé, douloureux dans tout le côté gauche, sans contracture.

Au toucher rectal, à bout de doigt, on sent une infiltration diffuse dure, qui, si l'on ne connaissait pas le diagnostic antérieur de sigmoïdite diverticulaire, ferait immanquablement poser le diagnostic de carcinose pelvienne.

Cette fois-ci, l'état général est grave, l'occlusion semble bien complète. On décide de pratiquer un anus iliaque haut situé.

Anesthésie intra-veineuse à l'évipan sodique (4 cc., poussés très lentement).

Le côlon gauche, énorme, dilaté, est extériorisé, bien qu'il « tienne » assez fortement dans le bassin. Le péritoine est fermé hermétiquement.

A l'ouverture de l'intestin, on a la surprise de voir jaillir un litre environ de pus bien lié, horriblement fétide. Tube de Paul.

La malade meurt dans la nuit sans s'être réveillée, sans doute du fait de l'anesthésie à l'évipan, malgré caféine et lobéline.

EN RÉSUMÉ. — Sur un terrain de constipation chronique, une première crise occlusive a cédé au traitement médical. Une nouvelle crise a été déclenchée vraisemblablement par l'ouverture dans le colon d'un volumineux abcès péricæcal qui n'a pu se faire jour vers le rectum du fait de la sténose intestinale sous-jacente.

COMMENTAIRES

Dans l'observation n° 1, le diagnostic de cancer du sigmoïde avait été porté surtout par notion de fréquence, et n'avait été réformé que secondairement, devant la persistance d'un bon état général. Par contre, une fois posé le diagnostic de sigmoïdite chronique par la disparition de la tumeur après expulsion d'un fragment osseux d'origine alimentaire qui entraînait vraisemblablement un état d'inflammation subaiguë, on éprouva les pires ennuis à fermer la fistule stercorale.

L'observation n° 2 conduit aux mêmes conclusions. En dépit d'une biopsie négative, ce n'est que l'évolution qui, faisant assister à la disparition complète de la tumeur sténosante, fait porter le diagnostic de sigmoïdite. Ici encore, énormes difficultés de fermeture de la dérivation stercorale, qui conduit à réaliser une anastomose transverso-sigmoïdienne termino-latérale, jusqu'à ce qu'une nouvelle crise subocclusive, près de dix-huit mois après le début aigu des accidents, vienne montrer l'utile rôle de

soupape que jouait la dérivation, et, en définitive, on décide de conserver celle-ci.

L'observation n° 3 est surtout intéressante du point de vue clinique, par les symptômes atypiques de début. Malgré une dérivation externe des matières, la tumeur, au bout de vingt mois de mise au repos, ne s'est nullement modifiée.

Dans l'observation 4, la grande expérience personnelle en cette matière du Docteur PRAT lui avait permis de porter, d'après les examens radiologiques que devait corroborer l'évolution clinique, le diagnostic ferme de sigmoïdite non cancéreuse. Lors d'une première crise, on avait pu éviter l'anus de dérivation. Cependant, l'évolution d'une deuxième crise aiguë, plus de deux ans après la première, semble montrer que, s'il avait existé une fistule en amont, comme chez le malade de l'observation 2, le pus qui n'avait pu se faire jour par les voies naturelles se serait probablement évacué par cette fistule. Ceci ne peut que nous renforcer dans l'idée qu'une telle soupape de sûreté, providentiellement difficile à fermer dans l'observation 2, est importante à conserver, malgré l'infirmité d'ailleurs minime qui en résulte.

On est amené à une conclusion identique quand on lit plusieurs observations où un anus de dérivation fut créé, soit comme seul traitement palliatif, soit comme adjuvant d'une exérèse. Telles sont les observations dûes à DEPAGE, PRIMEROSE, L. PRAT, et consignées dans la Thèse de P.-P. PRAT, et celle que rapportent DUCUNG et BASSAL. Tel est aussi le conseil donné par DELORE.

TRAITEMENT

Les thérapeutiques qui ont été proposées en matière de sigmoïdites chroniques sont innombrables, et il ne saurait entrer dans nos intentions d'énumérer tous les traitements médicaux, tous les agents physiques, toutes les interventions chirurgicales qui ont été proposés.

En effet, dans le cas particulier des sigmoïdites sténosantes qui nous occupe, on peut certes attendre beaucoup des thérapeutiques purement médicales et de la physiothérapie au stade, souvent si prolongé, de constipation chronique, et même en certains cas lors d'une première crise occlusive confirmée, ainsi qu'en témoigne notamment le cas de la malade notre observation 4, et les cas du Professeur GRÉGOIRE, de L. PRAT, etc., où la constipation rebelle durait depuis dix ou vingt ans.

Cependant, en pratique, la répétition des crises subocclusives conduit à envisager plus précocement une thérapeutique chirurgicale. Et d'autre part, bien souvent, nous l'avons vu, tout ce long passé entéritique est estompé ou

méconnu, le malade est vu pour la première fois en crise occlusive franche, il s'agit donc de parer au plus pressé.

Nous étudierons donc rapidement le traitement d'urgence en présence d'une occlusion, puis le traitement qui devrait être curatif, mais qui se contente bien souvent d'être palliatif, en présence d'un tableau de sigmoïdite chronique vu en dehors des crises occlusives.

EN PÉRIODE OCCLUSIVE

En présence d'un tableau d'occlusion basse, une fois éliminé le volvulus du colon iléo-pelvien qui commande une thérapeutique spéciale, on disente en pratique uniquement le siège de l'anus de dérivation.

En effet, dans la grande majorité des observations qu'on trouve dans la littérature, la première thérapeutique d'urgence instituée pour pallier aux accidents occlusifs a été l'établissement d'un anus artificiel.

Les dérivations internes, iléosigmoïdostomie ou iléo-rectostomie, ont été pratiquées moins souvent, et il semble à l'heure actuelle qu'elles le seront de moins en moins, la tendance générale étant de leur préférer l'établissement d'un anus, d'exécution plus rapide, plus facile et moins dangereuse, et de fonctionnement plus certain. Du reste, l'iléosigmoïdostomie, excluant la majeure partie du gros intestin, n'est pas sans inconvénients physiologiques. Quant aux anastomoses colo-coliques, elles sont formelle-

ment à rejeter, du fait de la fragilité des parois intestinales et de l'extrême septicité de leur contenu.

Les résections en un temps, il est maintenant banal de le répéter, sont unanimement rejetées.

Les résections en deux temps, après extériorisation, ne semblent pas avoir été pratiquées fréquemment, et ce fait s'explique aisément par l'existence constante des adhérences inflammatoires qui rendent en général impossible et toujours périlleuse la mobilisation de l'anse malade. Cependant, deux malades de SARTY, un du Professeur GRÉGOIRE furent traités ainsi avec succès, de même qu'un malade de VILLARD, qui présenta toutefois une phlébite post-opératoire, et chez qui les difficultés furent très grandes lorsqu'il s'agit de rétablir la continuité du tractus intestinal.

Dans de rares cas, la diverticulite sigmoïdienne ayant pu être affirmée antérieurement par l'examen radiologique, aucune opération ne fut pratiquée devant l'apparition du syndrome occlusif. Ainsi en est-il d'un malade de M. LARDENNOIS, mais il était cardiaque et très âgé ; ainsi en est-il également de la malade de notre observation 4, chez qui la crise occlusive céda à l'application de glace et à une purgation à l'huile de ricin : elle attendit trois ans la crise suivante qui devait l'emporter.

*
* *

En pratique, répétons-le, c'est à l'anus de dérivation, solution « omnibus » de sécurité, que l'on se ralliera en

présence de phénomènes occlusifs, imitant en cela l'immense majorité des chirurgiens qui ont publié leurs observations, et suivant les conseils formulés tout récemment encore par DELORE, CHARRIER et HILLEMAND, DUCUING et BASSAL.

Que sera cet anus ?

Les questions d'école, les préférences individuelles auront certes un rôle à jouer.

L'anús cæcal est facile à pratiquer ; sur tube de Paul, il n'y a pas de souillure immédiate de la plaie ; il donne une vidange rapide de l'intestin, et désintoxique rapidement l'organisme ; beaucoup d'auteurs (LECÈNE, etc.) le considèrent comme le procédé de choix dans l'occlusion aiguë ou subaiguë du gros intestin ; il est facile à fermer, et peut même parfois s'oblitérer spontanément. Par contre, il donne des selles liquides, irritant la peau, et il ne dérive que de façon incomplète, des matières continuant à s'accumuler entre l'anús artificiel et la tumeur.

L'anús transverse jouit de la faveur de nombre de chirurgiens. Les selles qu'il donne sont bien moins diffluentes que celles de l'anús cæcal. Son exécution est aisée, sa régularisation facile, son appareillage assez efficace et bien toléré. Il siège enfin assez loin de la lésion pour que l'extirpation ultérieure de celle-ci ne soit pas gênée par sa présence.

L'anús iliaque gauche, haut situé au voisinage de l'angle splénique selon la technique de M. CHEVASSU, est également facile à réaliser, et bien toléré. Il offre l'énorme avantage de permettre, lors de sa création, une facile ex-

ploration de la tumeur. On l'accuse d'être tout proche du champ opératoire, si haut fût-il installé, et de gêner lors d'une réintervention. Mais, si c'est là un reproche valable en matière de cancer sigmoïdien, c'est une objection qui, jusqu'à un certain point, tombe quand il s'agit de sigmoïdite inflammatoire, car, nous l'avons vu, et notre observation n° 2 est particulièrement instructive à cet égard, la lésion inflammatoire rétrocede presque toujours notablement, et parfois complètement, après la mise au repos que détermine la dérivation des matières.

C'est pour cette dernière raison qu'il nous semble inutile, en règle générale, de pratiquer un anus définitif à pont de peau, ou avec adossement comme dans la technique de M. SCHWARTZ.

*
* *

C'est donc en définitive l'anus iliaque gauche qui nous semble devoir constituer le traitement de choix à opposer aux accidents occlusifs des sigmoïdites.

En effet, dans les jours qui suivent, l'état général s'améliore, une fois supprimée la cause de la stercorémie.

Et localement, la tumeur rétrocede, parfois avec une rapidité surprenante. BALLIN, réintervenant *douze jours* après l'établissement d'une dérivation externe (celle-ci avait été une iléostomie, l'iléon se trouvant englobé dans les adhérences de la masse péricolique), ne re-

trouve plus trace de lésion sténosante ni tumorale. Le malade de notre observation 2, réopéré juste un mois après l'établissement de son anus iliaque, ne présentait plus la moindre induration, plus aucun obstacle sur la terminaison de son gros intestin.

Toutes les observations sont concordantes sur ce point, et le malade de notre observation 1 n'échappe pas à la règle : chez lui aussi la rétrocession fut complète une fois que fut éliminé un débris osseux d'origine alimentaire, qui avait entretenu jusque là un état d'inflammation chronique. Si, chez le malade de notre observation 3, aucune rétrocession de la tumeur ne pût être constatée vingt mois après l'installation d'un anus iliaque, c'est sans doute que les signes cliniques trompeurs avaient trop longtemps fait différer cette intervention et que les adhérences inflammatoires péricoliques, trop anciennes, s'étaient organisées.

*
* *

TRAITEMENT EN DEHORS DE L'OCCLUSION

Si l'on arrive à poser de façon ferme le diagnostic de sigmoïdite chronique à poussées subaiguës, par tout l'ensemble de nuances cliniques et de signes radiologiques qui la différencient du cancer, en dehors des crises subocclusives, les thérapeutiques proposées sont des plus variées.

A ce stade certes, on peut attendre beaucoup du traitement médical. Cependant, les douleurs persistantes, les crises diarrhéiques, la répétition des accidents subocclusifs, la menace d'une occlusion aiguë, l'altération souvent impressionnante de l'état général, sont autant de facteurs qui militent en faveur d'une thérapeutique chirurgicale, dont les modalités, dans ce cas, sont beaucoup plus variées et plus discutées que dans le cas précédent. Nous étudierons successivement ces divers traitements.

A) TRAITEMENT MÉDICAL

On prescrira un traitement à base d'huile de paraffine, d'antispasmodiques et de désinfectants intestinaux, on réglera minutieusement l'alimentation en en supprimant les aliments à résidu trop abondant. On ajoutera au besoin un traitement par agents physiques : diathermie, ondes courtes, rayons infra-rouges, on conseillera une cure thermique : Plombières pour les spasmodiques, Châtel-Guyon pour les atoniques.

Une crise subocclusive plus intense et plus prolongée que les crises de constipation qui sont habituelles chez de tels malades en dépit du régime et du traitement le plus rigoureusement suivis, peut encore légitimer l'abstention opératoire si l'on est certain, radiologiquement, du diagnostic de diverticulite, mais nous avons montré qu'il faut exiger beaucoup du radiographe en cette matière.

En ce cas, le repos strict au lit, la diète absolue des solides, la glace sur le ventre, les antispasmodiques pour-

ront venir à bout de la crise. Cependant, l'exemple de la malade de notre observation 4 montre qu'on ne doit pas trop attendre du traitement médical, et bien souvent d'ailleurs le tableau occlusif présenté par ces malades est si complet qu'il force la main du chirurgien.

Nous ne ferons que citer le cas exceptionnel de TIXIER, qui, dans un cas de subocclusion avec tumeur sigmoïdienne, affirma la syphilis, n'opéra pas, et institua un traitement antisypilitique qui fit effectivement rétrocéder les accidents occlusifs.

B) RÉSECTION EN UN OU DEUX TEMPS

La résection en un temps, si elle a pu tenter bien des chirurgiens en présence d'un cancer en virole du côlon sigmoïde, à anse longue et sans adhérences inflammatoires, et dans ces cas seulement, ne peut être envisagée en aucun cas dans le sujet qui nous occupe. En effet, nous l'avons vu, il s'agit toujours d'une tumeur volumineuse, enflammée, solidement fixée aux parois et aux organes de voisinage. L'extirpation en serait très difficile, et les sutures seraient trop précaires sur ces tuniques intestinales épaissies et coupant sous le fil, pour qu'on puisse espérer raisonnablement des suites opératoires sans incidents. La « colectomie idéale » est donc à rejeter formellement.

L'extériorisation et la résection secondaire ont au contraire été pratiquées par de nombreux auteurs, et c'est la méthode que recommandaient tout dernièrement CHAR-

RIER et HILLEMAND au Congrès de Plombières. Il ne nous semble pas cependant qu'elle soit souvent réalisable, du fait des adhérences inflammatoires, et elle a exposé VILLARD et d'autres auteurs à quelques ennuis. Le malade de LARDENNOIS ainsi traité est mort (Obs. 91 de la Thèse de PRAT). Tout récemment, FORNI (de Venise) a eu un très beau résultat par cette méthode. Cependant, TIXIER et BERTRAND insistent sur la fréquente impossibilité de mobiliser l'anse sigmoïde, du fait de sa disposition anatomique (anse courte, mésocourt, comme chez le malade de notre observation 2) et surtout de la mésentérite rétractile et des adhérences aux organes voisins.

C) L'ANUS DE DÉRIVATION

L'anus de dérivation est pour beaucoup d'auteurs le traitement de choix, même en dehors de l'occlusion. En effet, l'altération des parois coliques par l'inflammation chronique, l'extrême septicité du milieu intestinal, peuvent rendre difficiles et précaires les sutures intestinales, et aléatoires les dérivations internes.

Un anus au contraire, d'exécution toujours aisée, mettra efficacement la lésion au repos. Il n'est nul besoin, en pareil cas, d'envisager un anus cæcal dont nous avons vu les inconvénients. Un anus sur le transverse ou sur la partie haute du colo descendant n'offrira au contraire que des avantages, et l'incision iliaque gauche permettra en outre une utile exploration de la lésion, de son étendue, de sa fixité.

Cependant, nous l'avons vu, un tel anus, même réalisé sans pont de peau ni adossement, avec le ferme propos de le fermer ultérieurement, offre souvent de sérieuses difficultés de fermeture, et les malades, quand ils se sentent mieux et se croient guéris, se résignent difficilement à conserver cette infirmité pénible.

D) DÉRIVATIONS INTERNES

En dehors de l'occlusion, les dérivations internes sont en général d'exécution facile et de suites simples pour peu qu'on observe avec une toute particulière minutie les règles spéciales de la chirurgie côlique.

Les parois intestinales, au moins à une distance suffisante de la lésion, sont souples et permettent une anastomose de technique aisée, d'étanchéité sûre et de fonctionnement satisfaisant. PRAT la réalise volontiers au bouton par anastomose iléo-sigmoïdienne, qu'il considère comme le traitement de choix, même en phase occlusive, malgré le bel article de SWYNGHEDAUW.

Pourtant, l'anastomose iléo-sigmoïdienne exclut la plus grande partie du gros intestin, et, malgré un certain degré de « côlisation » du grêle en aval, elle ne nous semble pas entièrement satisfaisante du point de vue physiologique. D'ailleurs, en cas de lésion basse du sigmoïde, ou recto-sigmoïdienne, elle n'est plus réalisable.

Enfin tout anastomose iléo ou colo-sigmoïdienne ne met qu'incomplètement la lésion inflammatoire au repos.

Le processus inflammatoire vient-il à progresser, à gagner la région de l'anastomose ou l'intestin sous-jacent, et la dérivation interne devient inopérante.

*
* *

En résumé, cet exposé des techniques couramment utilisées à l'heure actuelle montre qu'aucune d'elles n'est pleinement satisfaisante, ni dans son principe, ni dans ses résultats lointains.

La résection en un temps est dangereuse, la résection en deux temps est souvent irréalisable, l'anastomose interne n'est pas une méthode de sécurité, l'anus artificiel est difficile à fermer, et l'on ne peut cependant que bien difficilement se résoudre à le conserver.

De plus, les suites d'une dérivation externe des matières ne sont pas toujours simples, au moins à longue échéance, que cette dérivation ait été installée en période d'occlusion ou en dehors de toute occlusion.

En effet, nous l'avons vu, il n'est pas rare que, en dépit de sa mise au repos, la lésion inflammatoire subisse de nouvelles poussées, traduites par de nouvelles crises occlusives.

C'est ce qui advint au malade de PRIMEROSE (in Thèse de PRAT, obs. n° 77). A la suite d'occlusion aiguë, le 4 octobre 1918, on diagnostique un cancer recto-sigmoïdien et on pratique une colostomie iliaque. Le 27 novembre, après lavement opaque, assurant de l'intégrité de

l'intestin, cet anus est fermé. En mars 1919, de nouveaux signes occlusifs conduisent à pratiquer un nouvel anus gauche. Le 10 novembre, la tumeur a entièrement disparu. Après lavement opaque de contrôle, fermeture de l'anus. La guérison est maintenue six ans après.

Ainsi, dans ce dernier cas, la première fermeture de l'anus effectuée 50 jours après sa création n'avait pas mis à l'abri d'une nouvelle poussée, à quatre mois d'intervalle. Après le deuxième anus, laissé cette fois en place huit mois avant d'être refermé, on n'observa pas de nouvelle crise.

Encore qu'il faille se garder, ici comme en toute autre matière, de généralisation hâtive, il semble bien que, l'anus une fois installé, il ne faut pas, loin de là, se presser de le refermer dès que les phénomènes critiques sont passés.

Il y a en effet cette possibilité de récurrence qu'on doit toujours avoir présente à l'esprit et, il y a aussi les réelles difficultés qu'on rencontre souvent dans la cure de ces anus.

Si l'on a pratiqué un anus à éperon, l'application de l'entérotomie est loin de déterminer toujours la fermeture spontanée de la fistule stercorale. Les malades dont LARDENNOIS, DUCUING, etc., rapportent l'observation, sont particulièrement démonstratifs à cet égard. Se hâte-t-on, en pareil cas, ou d'emblée si l'on n'a pratiqué qu'une simple colostomie, de vouloir fermer cet anus, et l'on s'expose à des désunions, à des fistules, comme il advint chez les malades de LARDENNOIS (obs. 95 de la Thèse de PRAT) et de DUCUING (*Le Documentaire Médical*, février 1937),

et chez le malade de notre observation 2, chez qui échouèrent deux tentatives de fermeture de son anus transverse.

Ces ennuis sont certes monnaie courante en matière de chirurgie cœlique, encore nous semble-t-il qu'il faille souligner ici l'altération des parois intestinales, leur état d'inflammation chronique, l'existence d'adhérences et de coutures possibles en aval, tous facteurs qui doivent entrer en ligne de compte dans l'appréciation de la date de la fermeture. Il n'est guère possible de fixer à priori cette date, mais il semble logique de penser que des lavages du segment intestinal sous-jacent à l'anus artificiel, la diathermie, la vaccination, au besoin même, la vaccination intra-péritonéale par auto-vaccins telle que la préconisent en Amérique RANKIN et BARGEN, et que la vantait récemment Jean GOSSET, ne pourront offrir que des avantages, hâter la date de la fermeture, et mettre dans une certaine mesure à l'abri des échecs.

*
* *

Il nous semble en définitive que l'intervention pratiquée sur le malade de notre observation 2 par notre maître M. HOUDARD, doit être retenue. Rappelons-le, il s'agissait d'une anastomose transverso-sigmoïdienne termino-latérale pratiquée en aval d'une lésion de sigmoïdite chronique sténosante, anastomose réalisée dans le but de supprimer une dérivation externe, après échec de deux tentatives de fermeture de cette dernière.

Il s'agit en somme d'une dérivation interne côlo-côlique, mais avec, fait important, exclusion de la lésion, ouverte en aval dans l'intestin et fistulisée en amont à la peau, donc avec conservation d'une soupape de sûreté, qui, on l'a vu, joua un rôle essentiel lors d'une nouvelle crise occlusive, si bien que, dans la crainte d'une crise ultérieure, on a décidé de garder cette fistule.

Cette anastomose en Y, transverso-sigmoïdienne, offre l'avantage sur l'iléo-sigmoïdostomie classique de conserver un segment important de gros intestin, et « le gros » intestin est un organe fort utile, qui a des fonctions physiologiques très nécessaires » (LECÈNE), ainsi que l'ont prouvé les expériences d'ALGLAVE sur l'animal.

Bien évidemment, cette anastomose en Y n'est pas réalisable en cas d'occlusion aiguë, lorsqu'il s'agit d'établir rapidement une large dérivation et que l'état des tuniques intestinales, friables, distendues et enflammées, ne peut permettre d'envisager en toute sécurité une suture soigneuse. Elle n'est pas réalisable non plus quand la lésion est trop bas située, et nous aurons à revenir sur ce cas particulier.

Mais, hormis ces cas, cette anastomose en Y est réalisable dans tous les types anatomiques de sigmoïdites hautes, lorsque l'on a décidé d'opérer avant l'apparition d'une occlusion confirmée.

D'autre part, au moment de fermer l'anus qui a été établi d'urgence lors d'une occlusion, ce procédé, de technique aisée, permet de réaliser la soupape de sûreté indispensable dans la crainte de nouvelles crises.

Cette fistule, dans le cas que nous avons observé, ne laissait aucunement filtrer de matières. De calibre très réduit, elle était seulement le siège d'un léger suintement séro-muqueux et, de ce fait, elle était parfaitement bien tolérée par le malade, qui n'en réclamait nullement la fermeture, comme il n'aurait pas manqué de le faire pour un véritable anus artificiel.

Au reste, si cette fistule venait à sécréter trop abondamment ou à donner partiellement issue à des matières, sa fermeture, après contrôle radiologique de la perméabilité intestinale en aval, serait des plus faciles, à l'anesthésie locale, en un temps ultérieur.



Dans le cas spécial de lésion sigmoïdienne trop basse, ne laissant pas en aval une longueur suffisante d'intestin sain, on pourrait envisager semblablement une anastomose en Y, mais siégeant cette fois au-dessus de la lésion. Seulement fistulisée à la peau en amont, la lésion sigmoïdienne ne serait pas exclue par ce procédé, mais il n'y aurait à la peau qu'une fistule qui n'aurait pas de raison de laisser filtrer des matières, et serait certainement mieux tolérée qu'un anus, tout en constituant une utile soupape de sûreté. Dans ce cas, cette anastomose en Y ne pourrait évidemment être réalisée que dans un second temps, lors

de la fermeture d'un anus installé antérieurement pour lutter contre l'occlusion ou mettre la lésion au repos, mais elle aurait alors une indication des plus intéressantes.

*
* *

En résumé, dans ces deux modalités, cette intervention combine les avantages de l'anastomose interne et de la dérivation externe, sans avoir les inconvénients de l'une et de l'autre : insécurité dans le premier cas, infirmité intolérable et inutile dans le second.

*
* *

LA RÉSECTION SECONDAIRE

La question de la résection secondaire de la lésion inflammatoire nous paraît très discutable.

Certes, quand il existe sur le sigmoïde de nombreux diverticules, révélés par le lavement opaque ou découverts à l'exploration lors de la laparotomie, il est légitime, comme l'ont fait de nombreux auteurs, de pratiquer la résection du segment intestinal malade, en mettant ainsi l'opéré à l'abri d'accidents ultérieurs de diverticulite, de torsion, de péritonite, etc.

Mais, pour fréquente qu'elle puisse être, la diverticulose n'est pas tout en matière de sigmoïdite. Elle n'a pu être mise en évidence dans nos observations 1, 2 et 3, ni dans nombre d'observations publiées.

Aussi, étant donné la véritable *restitutio ad integrum* qu'on observe souvent après la simple dérivation des matières, nous croyons pouvoir conclure que, dans la majorité des cas, la fermeture de l'anوس, avec la modification technique de sécurité que nous proposons, sera suffisante. Il nous semble que les difficultés techniques d'une extériorisation doivent être sérieuses du fait des adhérences, toujours dangereuses à libérer, et que l'anastomose secondaire des segments coliques en état d'inflammation chronique doit exposer aux désunions.

C'est là aussi la conclusion à laquelle aboutit le Professeur DUCUNG, qui ajoute que la possibilité d'une maladie de Nicolas-Favre dans l'étiologie de ces sigmoïdites doit inciter plus encore à être avare de résections, étant donné les mauvais résultats des interventions larges dans cette maladie, et la fâcheuse tendance qu'elle a à récidiver.

CONCLUSIONS

I. — Les sigmoïdites chroniques occlusives sont presque toujours prises pour un cancer sténosant.

II. — Cependant, quelques signes cliniques, et surtout des examens radiologiques minutieux cherchant à mettre en évidence l'existence de diverticules, devraient permettre de faire plus souvent le diagnostic.

III. — Les diverticules sont en effet fréquemment en cause dans la pathologie sigmoïdienne. Toutefois, l'étude de grandes statistiques permet de ne pas les considérer, dans la règle, comme des états précancéreux.

IV. — Le meilleur traitement de sécurité à opposer aux accidents occlusifs des sigmoïdites est la dérivation externe par anus iliaque ou transverse.

V. — Cet anus devra être laissé longtemps en place, étant donné la possibilité de récurrence et les difficultés de fermeture.

VI. — Les dérivations internes sont souvent de technique difficile, de fonctionnement incertain.

VII. — L'anastomose colo-colique termino-latérale en aval de la lésion, ou si elle est trop basse en amont de celle-ci, avec fistule cutanée en amont, réalisée en dehors de l'occlusion ou lors de la cure de l'anus artificiel, nous semble être une méthode qui combine les avantages de la dérivation externe et de l'anastomose interne, sans avoir les inconvénients de l'une et de l'autre.

VIII. — La résection secondaire, toujours délicate, ne nous semble pas indispensable, hors des cas de diverticulose accentuée.

VU : *Le Doyen,*
TIFFENEAU.

VU : *Le Président de la Thèse,*
GRÉGOIRE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

Nous limitons notre bibliographie aux ouvrages que nous avons effectivement consultés, en renvoyant, pour une documentation plus complète, particulièrement sur la question des diverticules du sigmoïde, à la Thèse de P.-P. PRAT.

AMELINE (A.). — Pratique médico-chirurgicale, t. II (Masson, 1931).

BARTHELEMY. — Société de Chirurgie, 29 novembre 1933.

BENSAUDE et CAIN. — Cancer recto-sigmoïdien à forme de sigmoïdite aiguë. *Archives des maladies de l'appareil digestif*, 1924, p. 1014.

BENSAUDE, CAIN et HILLEMAND. — Diverticules du gros intestin. *Annales de Médecine*, T. XIII, 1923, n^{os} 5-6.

BENSAUDE, CAIN et HILLEMAND. — Maladies de l'intestin. (Masson, 1932).

BECLERE et PORCHER. — *Journal de Radiologie et d'Electrologie*. T. XIV, juin 1930.

BOURDE. — *Société de Chirurgie*, 14 mars 1934.

BOURDE. — *Société de Chirurgie de Marseille*, 4 mars 1935.

CHIRAY, LARDENNOIS et BAUMANN. — Les côlites chroniques. (Masson, 1934).

CHARRIER, HILLEMAND, LAMBLING, etc. — *Congrès des côlites*. Plombières, 1935.

DELORE. — *Société de Thérapeutique de Lyon*, 2 mai 1929.

DELORE. — *Revue de Chirurgie*, 1932, n° 3.

DESMARETS et DIAMANT-BERGER. — *Science Médicale Pratique*, 1927.

DUCUING et BASSAL. — *Le Documentaire Médical*, février 1937, p. 13.

DUVAL. — *Congrès de Chirurgie*, 1913.

EGGERS. — Diverticulite et sigmoïdite. *Annals of Surgery*, oct. 1931.

FORNI. — *Giornale Veneto di Scienze mediche*, janvier 1937.

FRIEDEL. — Les périviscérités digestives, les colites. *Journal de Chirurgie*, juillet 1926 (Santy, Villard, Tixier, etc.).

LARDENNOIS. — *Congrès de Chirurgie*, 1927.

LÉCENE et LERICHE. — *Thérapeutique Chirurgicale*, T. III, p. 244, etc. (Masson, 1926).

LEFEVRE et LAUMONNIER. — *Soc. de Chir. de Bordeaux*, 9 mai 1935.

MAINGOT, DUCLOS et SARASIN. — Bases radiologiques actuelles du diagnostic des sigmoïdites. *Arch. des mal. de l'app. digestif*, février 1935.

MEILLÈRE. — *Thèse Paris*, 1928.

PATEL. — *Revue de Chirurgie*, 1907, n° 2.

PATEL. — *Congrès de Chirurgie*, 1913.

PRAT (P.-P.). — *Thèse*, Paris, 1935.

RANKIN et BARGEN. — Autovaccin intrapéritonéal. *Arch. of Surgery*, janv. 1931.

REGNIER. — *Thèse*, Lyon, 1896.

ROLLESTON. — *The Lancet*, 1^{er} avril 1905.

SAILLANT. — *Thèse*, Paris, 1906.

Société de Chirurgie, 7-21 mars 1906 (Lejars, Tuffier, Hartmann, etc.).

SWYNGHEDAUW. — *Journal de Chirurgie*, juillet 1926.

TIXIER et BERTRAND. — *Société de Chirurgie de Lyon*, 3 mars 1932.

VAN PRAAG. — *Bruxelles Médical*, 18 avril 1937.

